



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de carácter profesionalizante

**Cuidados Paliativos en la enfermedad hepática
avanzada: Cirrosis Hepática**

Autor: Juan Santos Martín

Tutor: Antonio Manuel Cardoso Muñoz

Salamanca, mayo de 2021

Índice

Listado de abreviaturas

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	4
DESARROLLO DEL TEMA	5
1. Metodología.....	5
2. Cirrosis hepática	5
2.1. Concepto y causas	5
2.2. Clínica	6
2.3. Evolución, diagnóstico y tratamiento	9
2.4. Criterios de terminalidad en la enfermedad hepática avanzada	10
3. Cuidados de Enfermería	11
3.1. Valoración según las catorce necesidades de Virginia Herdenson.	11
3.2. Plan de Cuidados	14
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
ANEXOS	25

Listado de abreviaturas

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria.
AINES	Antinflamatorios no esteroideos.
CP	Cuidados paliativos.
EASL	<i>The European Association for the Study of the Liver.</i>
INR	Índice internacional normalizado.
MELD	<i>Model for End-stage Liver Disease.</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association.</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification.</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification.</i>
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAE	Proceso de Atención de Enfermería.
r/c	Relacionado con.
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
VHB	Virus de la Hepatitis B.
VHC	Virus de la Hepatitis C.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
WHPCA	<i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.</i>

RESUMEN

El aumento de la esperanza de vida que ha experimentado la sociedad se ha acompañado de un incremento proporcional de las enfermedades crónicas, entre las que se incluye la cirrosis hepática. Cuando estas patologías ya no disponen de un tratamiento curativo, entran en juego los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes que se encuentran próximos a la muerte, sin alargar ni acortar el tiempo hasta la muerte. La cirrosis hepática en fase terminal se caracteriza por presentar una sintomatología heterogénea que limita la capacidad del enfermo para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, lo que conlleva un detrimento de su calidad de vida.

Enfermería constituye una pieza fundamental dentro del equipo multidisciplinar de cuidados paliativos. El **objetivo** de este trabajo es desarrollar de forma individualizada un Plan de Cuidados de Enfermería basado en las necesidades establecidas por Virginia Herdenson, que permitirá brindar una atención integral al paciente y a sus familiares.

Palabras clave: cuidados paliativos, enfermedad terminal, enfermedad hepática avanzada, cirrosis hepática, plan de cuidados de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha observado un aumento progresivo de la esperanza de vida, sin embargo, este hecho no equivale a un mayor número de años con buena calidad de vida. Esto es debido, entre otros factores, a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, entre las que se incluye la cirrosis, conforme envejecemos¹. En España, la esperanza de vida al nacer es de 80,7 años en hombres y 86,3 años en mujeres, mientras que los años de vida en buena salud son 68,0 tanto en hombres como en mujeres².

Las enfermedades crónicas en fase avanzada, se caracterizan por afectar a una población envejecida, con una gran dependencia y fragilidad. La dificultad para determinar la fase terminal de estas enfermedades por su irregular evolución y el intenso tratamiento con intención curativa que reciben próximo a la muerte, provoca que la asistencia paliativa que se proporciona este grupo sea escasa^{3,4}.

Los cuidados paliativos (CP) tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en las fases finales de una enfermedad terminal. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define de la siguiente forma: *“Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual”*⁵.

En el año 2017, se estima que a nivel mundial, más de 56,8 millones de personas requirieron CP. Del total de defunciones mundiales en ese año, un 45,3% requirieron una asistencia paliativa⁶. Actualmente, la OMS establece que solo un 14% de las personas que requieren CP los reciben⁵.

Los CP son aplicados a pacientes que presentan una enfermedad terminal, la cual se define por los siguientes criterios^{7,8}:

- Diagnóstico de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Nula respuesta al tratamiento específico e individualizado, o persistencia de los síntomas pese a los esfuerzos terapéuticos.

- Presencia de complicaciones, síntomas de carácter intenso, múltiples, multifactoriales y/o cambiantes.
- Elevado impacto emocional para el paciente, la familia y el equipo terapéutico, relacionado con la presencia de la muerte.
- Alta demanda y uso de recursos asistenciales.

El ámbito de aplicación de los CP incluye tanto a pacientes oncológicos, como a aquellos con enfermedades crónicas avanzadas no oncológicas. La patología, diagnosticada en adultos, que requirió más CP a nivel mundial en 2017 fue el cáncer. Más del 70% restante correspondía a las enfermedades crónicas no oncológicas, donde se engloban las insuficiencias orgánicas (cardíaca, respiratoria, hepática y renal), el paciente geriátrico, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el ictus, las demencias y otras afecciones. En lo que respecta a las enfermedades hepáticas, del total de CP en ese año, representó un 2,4% (Figura 1)⁶.

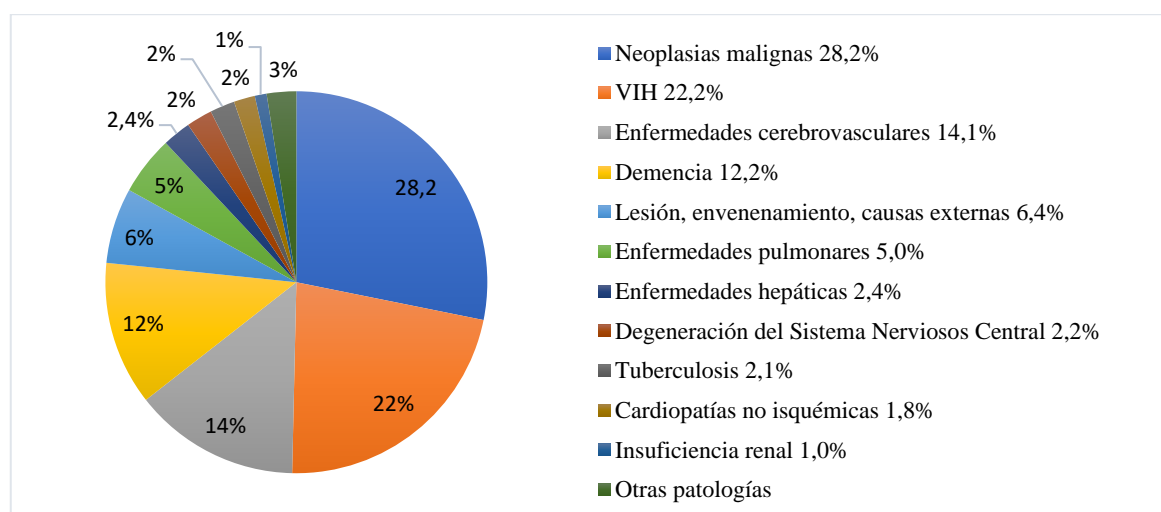


Figura 1. Necesidad mundial de cuidados paliativos para adultos por grupos de enfermedades (>20 años) en 2017⁶.

Respecto a la distribución por grupos de edad, los adultos entre 20 y 69 años diagnosticados de patologías hepáticas presentan una mayor necesidad de CP que los mayores de 70 años, siendo uno de los grupos de enfermedades que mayor población joven requiere CP⁶.

La importancia de incidir en los CP en la cirrosis hepática es debido al gran número de pacientes que fallecen sin recibir una adecuada asistencia paliativa. Una de las razones a las que se atribuye este hecho, es la complejidad de pronosticar el curso evolutivo de la enfermedad respecto a otras patologías crónicas, ya que presentan varios periodos de exacerbación y recuperación^{9,10}.

OBJETIVOS

A la hora de llevar a cabo este trabajo, hemos establecido una serie de objetivos dirigidos a adquirir conocimientos sobre la enfermedad hepática terminal y los cuidados que puede proporcionar Enfermería.

Objetivo general

Realizar un Plan de Cuidados de Enfermería en pacientes diagnosticados de cirrosis hepática, con la finalidad de valorar adecuadamente todas sus necesidades y desarrollar una atención integral en la fase terminal de la enfermedad.

Objetivos específicos

- **Dar visibilidad a los cuidados paliativos** en pacientes que padecen cirrosis hepática.
- Conocer las posibles **complicaciones que presenta la cirrosis hepática**.
- Describir las **funciones de Enfermería** dentro del equipo multidisciplinar e interdisciplinar encargado de los cuidados paliativos e incidir en las actividades específicas relacionadas con el alivio de los síntomas y el duelo.

DESARROLLO DEL TEMA

1. Metodología

Este trabajo consta de dos apartados. Una primera parte basada en una revisión bibliográfica no sistemática centrada en la cirrosis hepática en situación terminal, y un segundo apartado en el que se desarrolla un Plan de Cuidados de Enfermería mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en pacientes con dicho diagnóstico.

Respecto a la revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda, tanto en inglés como en castellano, utilizando los motores de búsqueda *PubMed/Medline*, *Google Scholar*; siendo la fecha de última consulta el 23 de febrero de 2021. Las palabras clave utilizadas fueron: (“*liver cirrhosis*”, “cirrosis hepática”, “insuficiencia hepática avanzada”) y (“*palliative care*”, “cuidados paliativos”). Los artículos seleccionados fueron revisiones, revisiones sistemáticas y meta-análisis, acotando los años de publicación entre 2010 y 2021. También se realizó una revisión dentro de la bibliografía de artículos relevantes.

Otras fuentes de información utilizadas han sido páginas web específicas relacionadas con el tema a tratar, como Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA), *The European Association for the Study of the Liver* (EASL).

Para la elaboración del Plan de Cuidados de Enfermería, se ha realizado una valoración integral utilizando como eje central las catorce necesidades establecidas por Virginia Herdenson, y la taxonomía de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y *Nursing Interventions Classification* (NIC), disponible en la herramienta online NNNConsult.

2. Cirrosis hepática

2.1. Concepto y causas

La cirrosis es la etapa final de diferentes enfermedades hepáticas, caracterizada por una fibrosis del tejido hepático que se acompaña de una distorsión en la vascularización del hígado. La fibrosis resulta de un acúmulo de tejido conectivo debido a la cicatrización repetida de diversas lesiones hepáticas¹¹.

La distorsión vascular provocada por dicha fibrosis da lugar a una redistribución de la circulación de la vena porta hacia las venas centrales, comprometiendo el intercambio gaseoso en los hepatocitos y aumentando la resistencia intrahepática al paso del flujo sanguíneo¹¹. Este hecho junto con el incremento del flujo sanguíneo esplácnico, como consecuencia de la vasodilatación del lecho vascular, tienen como consecuencia el desarrollo de la hipertensión portal, definida como la elevación del gradiente de presión venosa hepática por encima de 5 milímetros de mercurio. La hipertensión portal se relaciona directamente con dos de las complicaciones principales de la cirrosis: la ascitis y la hemorragia por várices gastroesofágicas¹².

Las causas que se han identificado como inductores a la cirrosis son: la enfermedad hepática alcohólica, los virus de la hepatitis B (VHB) y hepatitis C (VHC), la esteatohepatitis no alcohólica, las enfermedades autoinmunes y otras causas idiopáticas¹³. La hepatopatía alcohólica y el VHC, son las patologías que presentan mayor incidencia en países desarrollados, mientras en Asia y África subsahariana la causa principal es el VHB^{10,14}.

Otros factores de riesgo asociados son el alcoholismo crónico, la edad avanzada, el sexo masculino, la obesidad, la resistencia a insulina, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y la hiperlipidemia¹¹.

2.2. Clínica

La enfermedad hepática terminal presenta una sintomatología heterogénea, resultado de la progresiva aparición de complicaciones, y causante de una importante discapacidad y dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)^{14, 15}. Una gran parte de las complicaciones de la cirrosis se producen como consecuencia del desarrollo de hipertensión portal¹².

La **ascitis** es una de las complicaciones que con mayor frecuencia se produce por descompensación de la cirrosis. En el mundo occidental, es su principal causa, constituyendo aproximadamente en el 80% de los casos. Esta acumulación de líquido en la cavidad peritoneal es debido a la hipertensión portal. Este hecho, junto con la vasodilatación del sistema esplácnico, da lugar a una mayor producción de linfa esplácnica. Los cambios hemodinámicos dan como resultado la activación del sistema

renina-angiotensina-aldosterona. La retención de sodio produce una acumulación de líquido y expansión del volumen de líquido extracelular, lo que conlleva la formación de edema periférico y ascitis. Los signos exploratorios son aumento del perímetro abdominal, edema periférico y afectación respiratoria de patrón restrictivo^{10, 12}.

Si la ascitis aumenta la presión a nivel diafragmático, puede causar un **hidrotórax hepático**. Esto es debido a la presencia de orificios en el diafragma, provocando la progresión de la ascitis hacia el espacio pleural por trasudación. Por tanto, el hidrotórax hepático se define como la acumulación de trasudado en el espacio pleural sin estar asociado con otras patologías. Los efectos pueden ser una posible insuficiencia respiratoria o la sobreinfección del líquido dando lugar a un empiema¹⁶.

La **peritonitis bacteriana espontánea** es una complicación frecuente de las ascitis. Se trata de una infección del líquido ascítico sin tener origen a nivel intrabdominal. La fisiopatología consiste en el paso de la microflora intestinal hacia los ganglios linfáticos mesentéricos y al líquido ascítico, que en condiciones normales es estéril¹².

Las **varices gastroesofágicas** son otra de las principales complicaciones de la cirrosis. Aproximadamente el 33% de los pacientes con diagnóstico histológico de cirrosis las presentan. Es una complicación directa del aumento de la presión portal, incrementándose el flujo sanguíneo en los vasos colaterales. Estas pueden romperse y causar **hemorragia digestiva alta**. La mortalidad asociada a hemorragia por varices se sitúa en torno a un 20 a 30%¹².

La **encefalopatía hepática** es una de las complicaciones más invalidantes. Es debida al paso de sustancias tóxicas y productos nitrogenados procedentes del intestino, hacia la circulación sistémica, como consecuencia de una reducción en la capacidad hepática para metabolizarlos¹⁷. Estas sustancias actúan sobre el sistema nervioso central, causando alteraciones neurológicas y psiquiátricas. La fase temprana se caracteriza por disminución de la atención, aumento del tiempo de respuesta, cambios en la personalidad, agresividad, somnolencia, alteraciones en la actividad neuromuscular y en la velocidad psicomotora. Esta fase ocurre hasta en el 80% de los pacientes que padecen cirrosis. Cuando la afectación es más grave, puede llegar al estado de coma. Estos síntomas condicionan negativamente la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en la realización de las ABVD⁹.

El **síndrome hepatorenal** se define como una insuficiencia renal funcional causada por una vasoconstricción intrarrenal que tiene lugar en pacientes con hepatopatía crónica. Se asocia tanto con alteraciones en la circulación renal arterial, como con la reducción de la resistencia vascular periférica. Las enfermedades hepáticas también pueden causar insuficiencia renal aguda prerrenal, en el contexto de descompensaciones edemato-ascíticas^{12, 16}.

El **síndrome hepatopulmonar** es un trastorno del intercambio gaseoso pulmonar, causado por una vasodilatación intrapulmonar y la formación de comunicaciones arteriovenosas pleurales y pulmonares, asociado a la hipertensión portal. La manifestación clínica de este síndrome es la disnea, que se agrava con el esfuerzo físico pero mejora en decúbito supino, a diferencia de lo que ocurre típicamente en la insuficiencia cardíaca¹⁶.

El **dolor** es uno de los síntomas que con mayor frecuencia es referido por estos pacientes, con una prevalencia entre el 30-79%, siendo las localizaciones más frecuentes la abdominal y la lumbar. La discapacidad causada por el dolor se aproxima a un 75%¹⁴. La intensidad del mismo se ha llegado a comparar a la del cáncer de colon y de pulmón^{9, 13}.

Respecto al manejo del dolor en estos pacientes, hay que tener en cuenta que la función hepática está alterada, por lo que el primer escalón de analgesia, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), deben ser evitados. Estos inhiben la función plaquetaria, favorecen la aparición de úlceras gastrointestinales, y son causantes de insuficiencia renal al inhibir la vasodilatación arteriolar aferente. Por otro lado, los opioides se deben utilizar con precaución ya que el metabolismo de primer paso hepático está disminuido, por lo que la biodisponibilidad se verá afectada. Esto sucede por ejemplo con la morfina y oxicodona, cuyo aclaramiento hepático está reducido y su biodisponibilidad aumentada. Asimismo, además de tener en cuenta los efectos secundarios de los opioides (estreñimiento, náuseas, vómitos, somnolencia, etc.), hay que saber que pueden empeorar la encefalopatía hepática⁹.

Otros posibles síntomas que pueden aparecer son calambres, astenia, fatiga, caquexia, atrofia muscular o desnutrición. La fisiopatología de esta última es multifactorial: por un lado, existe un aumento del catabolismo y, por otro, una disminución de la ingesta por falta de apetito y dispepsia^{9, 12, 14, 17}.

A nivel endocrinológico, se ha observado una disfunción sexual relacionada con hipogonadismo^{14, 18}. Se manifiesta como impotencia, infertilidad y disfunción eréctil en el 53-93% de los hombres. En mujeres, la anovulación crónica, la amenorrea y la disfunción sexual está presente en un 77% aproximadamente. El interés sexual se encuentra disminuido en un 65% y 40%, respectivamente¹⁴.

Al igual que otras enfermedades terminales, asociado al pronóstico de la enfermedad, se puede presentar ansiedad y depresión. Además, a parte de todos estos síntomas de los pacientes, sus cuidadores principales pueden desarrollar el denominado síndrome de sobrecarga del cuidador¹⁹.

2.3. Evolución, diagnóstico y tratamiento

La evolución natural de la cirrosis parte desde una fase asintomática, conocida como cirrosis compensada. Progresivamente se produce un aumento de la presión portal y disminución de la función hepática, dando como resultado la denominada cirrosis descompensada. En la fase asintomática, los pacientes presentan una buena calidad de vida y la media de supervivencia se estima entre 10 y 12 años. Según va progresando la enfermedad hacia la fase descompensada, se produce un acúmulo gradual de síntomas que merma la calidad de vida de los pacientes y se caracteriza por una evolución rápida hacia la muerte^{19, 20}. Desde que se produce la descompensación, la mortalidad a 5 años es del 85%¹⁴.

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y exploración física, junto con pruebas de diagnóstico por imagen (ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética) que muestran un hígado irregular y nodular, y elastografía. En el caso de ser necesario un diagnóstico diferencial, se realizará una biopsia hepática que proporciona un diagnóstico definitivo y confirma la etiología¹⁸.

En la actualidad, el único tratamiento curativo de enfermedad hepática avanzada es el trasplante hepático^{13, 14}. La cirrosis descompensada se considera actualmente una enfermedad irreversible, ya que no existen tratamientos que modifiquen el curso natural de la enfermedad. El manejo en la fase descompensada se fundamenta en suprimir los factores etiológicos de la enfermedad y en tratar las distintas complicaciones que se van desarrollando^{11, 16}.

2.4. Criterios de terminalidad en la enfermedad hepática avanzada

Dentro del estudio de la patología hepática, se han desarrollado diferentes sistemas de puntuación clínica con el fin de predecir el riesgo de mortalidad en los pacientes diagnosticados de cirrosis. Entre ellas destacan dos, la puntuación Child-Turcotte-Pugh y *Model for End-stage Liver Disease* (MELD). Ambos sistemas son los más utilizados debido a la objetividad que presentan y su fácil uso¹³.

La clasificación Child-Turcotte-Pugh o Child-Pugh, fue inicialmente diseñada para cuantificar el riesgo quirúrgico en el trasplante hepático. En 1972 fue modificada, sustituyendo el parámetro de estatus nutricional por el tiempo de protrombina, estableciendo la escala que se utiliza actualmente¹⁷.

Los parámetros que incluye son la presencia de ascitis y su cuantía, los niveles de bilirrubina y albúmina en sangre, el tiempo de protrombina o índice internacional normalizado (INR), la presencia y grado de encefalopatía (Clasificación de West-Haven). A cada variable se le asigna un valor del uno al tres (Anexo 1); y, de acuerdo con la puntuación total obtenida, se establecen tres posibles grados, que se nombran con las letras del abecedario (Anexo 2)¹⁷:

- Grado A o enfermedad bien compensada, entre cinco y seis puntos.
- Grado B o compromiso funcional significativo, entre siete y nueve puntos.
- Grado C o enfermedad descompensada, entre diez y quince puntos.

Sus principales inconvenientes, son el empleo de medidas subjetivas en la valoración de la ascitis y la encefalopatía, y que las otras dos categorías presentan límites demasiado amplios¹⁷.

El modelo MELD consiste en un sistema matemático de predicción de la supervivencia en pacientes diagnosticados de enfermedad hepática basado en la suma de los valores de bilirrubina, el INR y la creatinina. Su puntuación varía entre seis y cuarenta puntos, aunque con la fórmula pueden obtenerse valores mayores. Cuanto menor sea la cifra obtenida, mejor pronóstico de supervivencia. Es utilizada para priorizar a los pacientes en lista de trasplante. Se correlaciona bien con la mortalidad a tres meses y tiene la ventaja de no incluir variables subjetivas, y que las utilizadas son fáciles de obtener y reproducibles. La fórmula a aplicar es^{11, 17}:

$$MELD = 9,57 (creatinina)mg/dl + 3,78 (bilirrubina) mg/dl + 11,2 (INR) + 6,4314$$

La SECPAL ha establecido una serie de criterios a modo de guía, para determinar la diferencia entre el diagnóstico de enfermedad avanzada y terminal en patologías crónicas. Los factores en el caso de la cirrosis hepática son: paciente no apto para trasplante hepático y presentar una clasificación C en la escala Child-Pugh²¹:

- Encefalopatía grado 3-4
- Ascitis moderada
- Bilirrubina > 3 mg/dl
- Albúmina < 2.8 g/dl
- Tiempo de protrombina < 30 %

Si se presenta el síndrome hepatorenal, se considera como situación terminal, ya que carece de tratamiento eficaz²¹.

3. Cuidados de Enfermería en pacientes diagnosticados de cirrosis hepática en situación terminal

3.1. Valoración según las catorce necesidades de Virginia Herdenson.

1) Necesidad de respirar normalmente.

La cirrosis en fase terminal puede afectar de manera grave al sistema respiratorio. Las posibles causas son la ascitis, el hidrotórax hepático y el síndrome hepatopulmonar.

Ante la presencia de ascitis, la expansión pulmonar puede verse comprometida, originando un patrón restrictivo con volúmenes pulmonares reducidos e insuficiencia respiratoria.

En estos pacientes, además de valorar las constantes respiratorias (frecuencia y saturación arterial de oxígeno), y los signos y síntomas de insuficiencia respiratoria e infección; Enfermería debe medir el perímetro abdominal para estimar si el acúmulo de líquidos afecta al patrón respiratorio.

2) Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Una dieta que cubra las necesidades energéticas y nutrientes necesarios es de suma importancia. Estos pacientes presentan un catabolismo aumentado, por lo que la ingesta energética se deberá aumentar de manera proporcional. Por otro lado, la dieta deberá aportar las suficientes proteínas y aminoácidos. El enfermo puede padecer dispepsia y falta de apetito, por lo que se incidirá en la presentación de las comidas haciéndolas apetecibles.

Respecto a la ingesta de líquidos, se ha de tener en cuenta la acumulación de los mismos que se produce en estos pacientes, realizando un balance hídrico en el que se cuantifiquen las entradas y salidas para evitar la formación de edemas y el aumento de la ascitis. A su vez, se restringirá el consumo de sal sustituyéndola por otros condimentos. Las bebidas alcohólicas se limitarán con el fin de no descompensar aún más la cirrosis.

En el caso de la encefalopatía hepática, con el objetivo de evitar posibles broncoaspiraciones, se deberán valorar vías alternativas a la alimentación enteral, como la vía parenteral. La sonda nasogástrica estará contraindicada debido a la posible presencia de varices esofagogástricas. En la fase de agonía, se respetará que el enfermo coma cuando y cuanto quiera.

3) Necesidad de eliminación.

La eliminación urinaria puede verse alterada como consecuencia de complicaciones de la cirrosis, tanto por la acumulación y redistribución de líquidos corporales como por un síndrome hepatorenal.

La eliminación intestinal no tiene por qué estar afectada por la propia patología, aunque existe la posibilidad de que los pacientes presenten estreñimiento debido a la falta de movilidad secundaria a encamamiento y el uso de opioides para el control del dolor. Además, las varices gastroesofágicas pueden ser causa de un sangrado en la vía digestiva alta, produciendo melenas.

4) Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

En las fases terminales, estos enfermos tienden a estar encamados debido a múltiples causas, entre las que se incluyen la ascitis, la astenia, la encefalopatía hepática y la pérdida de masa muscular. Ante el aumento del perímetro abdominal y la disnea, las posturas corporales que adquieren pueden no ser adecuadas.

5) Necesidad de dormir y descansar.

Es importante mantener un horario de sueño y descanso nocturno favoreciendo la actividad diaria. En el caso de la encefalopatía hepática, pueden desarrollar somnolencia aumentando las horas de sueño. El dolor y la angustia ante la muerte pueden alterar el patrón del sueño impidiendo el correcto descanso.

Los cuidadores principales tienden a no descansar por temor a no estar presentes en los últimos momentos.

6) Necesidad de vestirse y desvestirse con normalidad.

Debido a la astenia, a la encefalopatía y la caquexia esta necesidad se ve afectada, siendo incapaces de realizar esta ABVD.

7) Necesidad de mantener la temperatura corporal normal.

Se deberá vigilar la temperatura corporal ya que es un signo de alarma de infección. Es importante descartar como primera posibilidad una peritonitis bacteriana.

8) Necesidad de mantener buena higiene corporal y la integridad de la piel.

Una correcta higiene permitirá prevenir el desarrollo de infecciones y úlceras por presión. Al pasar la mayor parte del día encamado, el riesgo de formarse úlceras por decúbito es alto. Estas pueden ser dolorosas y malolientes, aumentando la incomodidad para el paciente y la familia.

9) Necesidad de evitar peligros en el entorno y poner en peligro a otros.

La encefalopatía hepática puede provocar que el paciente presente episodios de auto y heteroagresividad.

El tiempo limitado de vida y la falta de tratamiento curativo son factores que favorecen el desarrollo de depresión, ansiedad y una posible hostilidad hacia el equipo sanitario, tanto por parte del paciente como de los familiares.

10) Necesidad de comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.

Es importante saber comunicarse con el enfermo facilitando que exprese su estado anímico y temores respecto a la enfermedad, sobre todo por la fase terminal en la que se encuentra. Al mismo tiempo, se evaluará la correcta comunicación entre la familia y el paciente, favoreciéndola siempre que sea posible. En caso de desarrollar una encefalopatía y en la fase de la agonía, la comunicación puede ser difícil, impidiendo que se lleve a cabo.

11) Necesidad de actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias.

Se respetará y facilitará que el enfermo pueda proceder según sus creencias, independientemente cuales sean, aceptando las diferentes decisiones que tome y mostrando nuestro apoyo a estas.

12) Necesidad de desarrollarse de manera que exista un sentido de realización personal.

Esta necesidad se ve alterada por el tiempo limitado de vida.

13) Necesidad de participar en actividades recreativas o juegos.

El enfermo puede tener menos interés por este tipo de actividades, asociado principalmente a la depresión y al dolor.

14) Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal.

Si el paciente desea recibir información acerca sobre la patología que presenta, posible evolución y pronóstico, se le deberá transmitir con un vocabulario adaptado a su nivel cultural y de forma veraz, favoreciendo de esta forma su autocuidado y la preparación ante el duelo.

3.2. Plan de Cuidados en pacientes con cirrosis hepática en situación terminal

Para la elaboración del Plan de Cuidados se ha utilizado el recurso NNNConsult²².

Necesidad 1. Respirar normalmente.

Diagnóstico NANDA: [00032] Patrón respiratorio ineficaz relacionado con (r/c) la ascitis.

Objetivo **NOC**: [0403] Estado respiratorio: ventilación.

Intervenciones **NIC**:

- [3350] Monitorización respiratoria: valorar los niveles de saturación arterial de oxígeno, la frecuencia respiratoria, el ritmo, la profundidad, el esfuerzo respiratorio y el uso de musculatura accesoria.
- [3390] Ayuda a la ventilación: adoptar posturas que disminuyan la disnea y reduzcan los esfuerzos respiratorios, siendo en este caso en decúbito supino.

Necesidad 2. Comer y beber adecuadamente.

Diagnóstico NANDA: [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c aumento del catabolismo.

Objetivo **NOC**: [1004] Estado nutricional.

Intervenciones **NIC**:

- [1100] Manejo de la nutrición: determinar el estado nutricional, el número de calorías y los nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades del paciente. Seleccionar una dieta que cubra los requerimientos nutricionales y rica en fibra para evitar el estreñimiento.

- [1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación. Vigilar la capacidad para deglutir y asegurar una postura adecuada para facilitar la masticación y deglución. Proporcionar ayuda cuando sea necesario. Realizar higiene bucal después de cada comida principal.

Diagnóstico NANDA: [00026] Exceso de volumen de líquidos r/c la elevación de la presión portal.

Objetivos **NOC**: [0601] Equilibrio hídrico, [0606] Equilibrio electrolítico.

Intervenciones **NIC**:

- [4170] Manejo de la hipervolemia: controlar diariamente el peso, realizar el balance hídrico cuantificando las entradas y salidas de líquidos, medir el perímetro abdominal, valorar la existencia de edema periférico, administrar medicación para reducir la precarga según la pauta médica y colocar las extremidades en alto disminuyendo el edema.
- [2009] Manejo de electrolitos: hiponatremia. Vigilar la presencia de síntomas neurológicos, musculoesqueléticos y manifestaciones cardiovasculares, controlar los desequilibrios electrolíticos asociados (hipopotasemia, acidosis metabólica e hiperglucemia) y administrar diuréticos.

Diagnóstico NANDA: [00103] Deterioro de la deglución r/c la encefalopatía hepática.

Objetivos **NOC**: [1010] Estado de deglución, [0303] Autocuidados: comer.

Intervenciones **NIC**:

- [3200] Precauciones para evitar la aspiración: evaluar el nivel de conciencia y la capacidad de deglución, elevar el cabecero entre treinta y noventa grados durante la ingesta y mantenerlo durante cuarenta y cinco minutos.

Necesidad 3. Eliminación.

Diagnóstico NANDA: [00016] Deterioro de la eliminación urinaria r/c el síndrome hepatorenal.

Objetivos **NOC**: [0503] Eliminación urinaria, [0504] Función renal.

Intervenciones **NIC**:

- [590] Manejo de la eliminación urinaria: monitorizar el volumen de diuresis, la frecuencia miccional, el aspecto de la orina y la presencia de sedimentos y restos hemáticos.

Diagnóstico NANDA: [00015] Riesgo de estreñimiento r/c el encamamiento y uso de opioides.

Objetivo **NOC**: [0501] Eliminación intestinal.

Intervenciones **NIC**:

- [450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal: registrar la frecuencia deposicional y características de las heces. Aplicar enemas de limpieza y laxantes para facilitar al menos una deposición diaria.

Necesidad 4. Moverse.

Diagnóstico NANDA: [00085] Deterioro de la movilidad física r/c la astenia y atrofia muscular.

Objetivo **NOC**: [0203] Posición corporal: autoiniciada.

Intervenciones **NIC**:

- [840] Cambio de posición: establecer un horario de cambios posturales adecuados al paciente en un intervalo de cuatro horas, incluyendo posiciones que alivien la disnea. Minimizar la fricción en los movimientos y mantener la ropa de la cama estirada evitando la formación de úlceras por decúbito.

Necesidad 5. Reposo/sueño.

Diagnóstico NANDA: [00198] Trastorno del patrón del sueño r/c la encefalopatía hepática y la ansiedad ante la muerte.

Objetivos **NOC**: [0004] Sueño, [2009] Estado de comodidad: entorno.

Intervenciones **NIC**:

- [1850] Mejorar el sueño: estudiar el patrón y horas del descanso nocturno. Desarrollar actividades diurnas para favorecerlo. Determinar los efectos secundarios de la medicación en el patrón de sueño. Adecuar el entorno para un correcto descanso.
- [6482] Manejo ambiental: confort. Crear un ambiente tranquilo y relajante. Reducir los estímulos ambientales como la luz, el ruido y la temperatura para favorecer el descanso. Proporcionar una habitación individual favoreciendo la privacidad del paciente y los familiares.

Necesidad 6. Vestirse.

Diagnóstico NANDA: [00109] Déficit de autocuidado en vestirse r/c la astenia y la encefalopatía hepática.

Objetivo **NOC**: [0302] Autocuidados: vestir.

Intervenciones **NIC**:

- [1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. Favorecer la independencia del paciente en el aseo y vestido siempre que sea posible, y prestar ayuda cuando sea necesario.

Necesidad 7. Temperatura.

Diagnóstico NANDA: [00007] Hipertermia r/c peritonitis bacteriana.

Objetivo **NOC**: [0800] Termorregulación.

Intervenciones **NIC**:

- [3900] Regulación de la temperatura: medir la temperatura con una frecuencia mínima de ocho horas, y valorar los signos y síntomas de fiebre, como enrojecimiento cutáneo, diaforesis, escalofríos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Utilizar medidas físicas y administrar antipiréticos en caso de fiebre.
- [6540] Control de infecciones: lavarse las manos antes y después de cada actividad, limpiar la piel del enfermo con un agente antibacteriano, manipular las vías de acceso venoso de manera aséptica y realizar las curas con la mayor asepsia posible. Iniciar profilaxis antibiótica para la peritonitis bacteriana espontánea en caso de estar indicado.

Necesidad 8. Higiene/piel.

Diagnóstico NANDA: [00249] Riesgo de úlcera por presión r/c el encamamiento y la falta de movilidad.

Objetivo **NOC**: [1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Intervenciones **NIC**:

- [3520] Cuidados de las úlceras por presión: registrar las úlceras presentes clasificándolas en estadios del uno al cuatro. El equipo de Enfermería establecerá la cura más adecuada según las características de la herida, de

manera que se realice su cuidado de forma estandarizada por parte de todo el personal. Deberá ser sencilla, evitando el dolor y la incomodidad.

- [3540] Prevención de úlceras por presión: utilizando la escala Braden, se deberá cuantificar el riesgo de desarrollar úlceras por decúbito. Será necesario proteger los puntos de presión, realizar cambios posturales periódicos, según el tiempo establecido y mantener la piel limpia e hidratada. Mantener la ropa de la cama limpia y seca, sin arrugas.

Necesidad 9. Evitar peligros/seguridad.

Diagnóstico NANDA: [00133] Dolor crónico.

Objetivo **NOC**: [1605] Control del dolor, [2000] Calidad de vida.

Intervenciones **NIC**:

- [2210] Administración de analgésicos: estudiar de manera integral la causa del dolor (fisiológica, psicológica, social y cultural). Aplicar escalas, como la visual analógica, para tratar de objetivar su intensidad. El dolor es una sensación subjetiva, por lo que debemos actuar de acuerdo con la información que nos transmite el paciente. Administrar el analgésico más adecuado para cada situación y valorar el uso de infusión continua.

Diagnóstico NANDA: [00062] Riesgo de cansancio del rol de cuidador.

Objetivo **NOC**: [2210] Resistencia del papel del cuidador.

Intervenciones **NIC**:

- [7040] Apoyo al cuidador principal: determinar el grado de conocimiento sobre la enfermedad y la aceptación de su papel como cuidador. Enseñarle técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente y estrategias para fomentar su propia salud física y mental durante el periodo de asistencia socio-sanitaria. Informarle sobre la situación clínica y facilitarle apoyo en el proceso del duelo.

Diagnóstico NANDA: [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros r/c la encefalopatía hepática y la falta de tratamiento curativo.

Objetivo **NOC**: [1401] Autocontrol de la agresión.

Intervenciones NIC:

- [6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia. Asignar una habitación individual cuando sea posible, eliminar objetos que puedan ser usados como armas, aplicar técnicas para reducir la ansiedad y en caso de no efectividad, aplicar medidas físicas de sujeción.

Diagnóstico NANDA: [00206] Riesgo de sangrado r/c las varices esofagogástricas.

Objetivo NOC: [0413] Severidad de la pérdida de sangre, [1015] Función gastrointestinal.

Intervenciones NIC:

- [4022] Disminución de la hemorragia: digestiva alta. Comprobar la presencia de sangre oculta o franca en vómitos, esputos y heces; obtener muestras de dichas secreciones para enviar a analizar en laboratorio, mantener la vía aérea permeable y administrar medicación si es necesario.

Necesidad 10. Comunicación.

Diagnóstico NANDA: [00053] Aislamiento social r/c la hospitalización.

Objetivo NOC: [2002] Bienestar personal.

Intervenciones NIC:

- [5270] Apoyo emocional: promover una relación de confianza que favorezca que el paciente exprese sus emociones. Realizar una escucha activa de sus sentimientos y creencias, mostrando nuestro apoyo y una actitud empática. Favorecer, si es necesario, el diálogo y el llanto como medio para reducir el estrés emocional. Proporcionar apoyo durante las diferentes fases del duelo (negación, ira, negociación, depresión, aceptación o rechazo).

Diagnóstico NANDA: [00059] Disfunción sexual r/c hipogonadismo.

Objetivo NOC: [0119] Funcionamiento sexual.

Intervenciones NIC:

- [5248] Asesoramiento sexual: valorar la posible afectación de la enfermedad en sus relaciones sexuales y las implicaciones que esto tiene a nivel psicológico. Derivar al equipo médico especialista.

Diagnóstico NANDA: [00069] Afrontamiento ineficaz r/c el pronóstico de la enfermedad.

Objetivo **NOC**: [1302] Afrontamiento de problemas.

Intervenciones **NIC**:

- [5290] Facilitar el duelo: fomentar la expresión de sentimientos, identificando los miedos y las estrategias personales de afrontamiento. Evitar el uso de eufemismos para referirse a la muerte. Apoyar a la familia favoreciendo que manifiesten sus preocupaciones y pensamientos.

Necesidad 11. Creencias/valores.

Diagnóstico NANDA: [00066] Sufrimiento espiritual r/c la muerte.

Objetivo **NOC**: [2001] Salud espiritual.

Intervenciones **NIC**:

- [5420] Apoyo espiritual: tratar al enfermo con dignidad y respeto en todo momento. Utilizar la comunicación como herramienta para establecer una relación de confianza con el paciente y sus familiares. Animar a interaccionar con familiares y amigos. Asegurar que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

Diagnóstico NANDA: [00136] Duelo r/c el pronóstico de la enfermedad.

Objetivo **NOC**: [1307] Muerte digna, [2608] Resiliencia familiar.

Intervenciones **NIC**:

- [5260] Cuidados en la agonía: Identificar las prioridades de los cuidados. Respetar y comprender los sentimientos y las actitudes del paciente. Tener en cuenta a la familia en la toma de decisiones. Mantener la intimidad y respeto.
- [7140] Apoyo a la familia: estudiar el impacto psicológico en los familiares, ofreciendo una esperanza realista y apoyándolos durante el duelo.

Diagnóstico NANDA: [00147] Ansiedad ante la muerte.

Objetivo **NOC**: [2007] Muerte confortable.

Intervenciones **NIC**:

- [5820] Disminución de la ansiedad: permanecer con el paciente proporcionándole seguridad y tranquilidad. Hacerle saber que estamos con él

y que no se encuentra solo. Administrar la medicación pautada y necesaria según las circunstancias. Favorecer la despedida de los familiares antes del fallecimiento.

Necesidad 12. Trabajar/realizarse.

Diagnóstico NANDA: [00055] Desempeño ineficaz del rol r/c la enfermedad.

Objetivos **NOC**: [1501] Desempeño del rol, [1300] Aceptación: estado de salud.

Intervenciones **NIC**:

- [5370] Potenciación de roles: ayudar al paciente a identificar los cambios de roles debido a su situación y facilitar el diálogo con sus familiares sobre la adaptación de los mismos para compensar el papel de miembro enfermo.

Necesidad 13. Recrearse.

Diagnóstico NANDA: [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas r/c la enfermedad y la hospitalización.

Objetivo **NOC**: [1209] Motivación.

Intervenciones **NIC**:

- [5330] Control del estado de ánimo: evaluar el estado de ánimo al inicio de los CP y según progresa la enfermedad. Adaptar las actividades y el ambiente de acuerdo con las circunstancias del paciente.
- [5400] Potenciación de la autoestima: animar al convaleciente sin dar falsas esperanzas, identificando sus puntos fuertes y comprobando la imagen que tiene de sí mismo.

Necesidad 14. Aprender.

Diagnóstico NANDA: [00126] Conocimientos deficientes.

Objetivos **NOC**: [1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad.

Intervenciones **NIC**:

- [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad. Evaluar los conocimientos que tienen el paciente y los familiares sobre la situación clínica. Explicarles la fisiopatología y la evolución, siempre y cuando quieran recibir dicha información.

CONCLUSIONES

1. La importante carga de síntomas que experimentan los pacientes que padecen **cirrosis hepática en situación terminal** los convierte en candidatos para incluirlos en un programa de cuidados paliativos, pero el número de enfermos que los reciben en la actualidad es menor de lo esperado.
2. Dentro del equipo multidisciplinar responsable de los cuidados paliativos, Enfermería constituye un pilar básico. Es el personal que más tiempo dedica al cuidado del paciente, de ahí la necesidad de una **formación específica** en cuidados paliativos que permita una adecuada atención de los enfermos.
3. En el **Plan de Cuidados de Enfermería** realizado, se han intentado plasmar las distintas actividades que se pueden desarrollar con el objetivo de dar una calidad de vida al paciente en la fase final de su enfermedad. A su vez, consideramos que la familia juega un papel significativo en los cuidados paliativos, por lo que se debe incluir en dicho plan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad. Indicadores de Salud 2020. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020.
2. Instituto Nacional de Estadística. Esperanza de vida en buena salud al nacer por sexo, esperanza de vida y periodo [Internet]. España, 2019 [acceso 22 febrero 2021]. Disponible en : <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t00/ICV/dim3/10/&file=31202.px#!tabs-tabla>.
3. Aira P, Domínguez C, Cano JM, García I, Molina E, Vicente M *et. al*. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Med Paliat*. 2017; 24 (4):179-187.
4. Campello C, Chocarro L. Necesidades de cuidados paliativos en enfermos no oncológicos con enfermedad crónica avanzada: una revisión sistemática. *Med Paliat*. 2018; 25 (2): 66-82.
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [Internet]. 2020 [acceso 4 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
6. Connor SR, Morris C, Jaramillo E, Harding R, Cleary J, Haste B. Global Atlas of Palliative Care. 2ª ed. Londres: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; 2020.
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos [acceso 9 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos.
8. Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
9. Larson AM. Palliative care for patients with end-stage liver disease. *Curr Gastroenterol Rep*. 2015; 17(5): 440.
10. Low JTS, Rohde G, Pittordou K, Candy B, Davis S, Marshall A, Stone P. Supportive and palliative care in people with cirrhosis: International systematic review of the perspective of patients, family members and health professionals. *J Hepatol*. 2018; 69 (6):1260-1273.
11. Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2008; 371 (9615): 838-51.
12. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20 ed. Madrid: McGraw Hill; 2019.

13. Langberg KM, Kapo JM, Taddei TH. Palliative care in decompensated cirrhosis: A review. *Liver Int.* 2018; 38 (5): 768-775.
14. Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019; 33 (1): 24-36.
15. Roth K, Lynn J, Zhong Z, Borum M, Dawson NV. Dying with End Stage Liver Disease with Cirrhosis: Insights from SUPPORT. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Riks of Treatmen. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48(S1): S122-30.
16. European Association for the Study of the Liver (EASL). Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology.* Elsevier B.V. 2018; 69: 406-60.
17. Gisbert Aguilar A, Alonso Babarro A, Rexach Cano L. Cuidados paliativos en enfermedades no oncológicas: insuficiencia hepática. *Medicina Paliativa.* 2010; 17(6): 365-373.
18. Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *Lancet.* 2014; 383(9930):1749-61.
19. Mazzairelli C, Prentice WH, Heneghan MA, Belli LS, Agarwal K, Cannon MD. Palliative care in end-stage liver disease: Time to do better? *Liver Transpl.* 2018; 24 (7): 961-968.
20. D'Amico G. The clinical course of cirrhosis. Population based studies and the need of personalized medicine. *J Hepatol.* 2014; 60(2): 241-2.
21. Navarro Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos: enfermedad terminal y factores pronósticos [Internet]. España: Sociedad Española de Cuidados Paliativos [acceso 9 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>.
22. Elsevier B.V. NNNConsult [Sede Web]. Elsevier [acceso 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>.

ANEXOS

Clasificación de Child-Pugh			
Parámetros	Puntuación		
	1	2	3
Ascitis	Ausente	Leve	Moderada
Bilirrubina mg/dl	≤ 2	2-3	> 3
Albumina g/dl	$> 3,5$	2,8-3,5	$< 2,8$
T. protombina, INR	$< 1,8$	1,8-2,3	$> 2,3$
Encefalopatía	No	Grado 1-2	Grado 3-4

Anexo 1. Clasificación de Child-Pugh¹⁷.

% de supervivencia según la puntuación obtenida en la clasificación de Child-Pugh			
Grado	Puntos	Supervivencia al año	Supervivencia a los dos años
A enfermedad bien compensada	5-6	100%	85%
B compromiso funcional significativo	7-9	80%	60%
C enfermedad descompensada	10-15	45%	35%

Anexo 2. Porcentajes de supervivencia al año y a los dos años según la puntuación obtenida en la clasificación de Child-Pugh¹⁷.